DE LA

N° 32.

PÉRITONITE PUERPÉRALE AIGUË;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 16 février 1832, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR PIERRE-FRANÇOIS LEVESQUE, de Bretteville-sur-E,

Département de la Manche.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1832.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD, *Suppléant.*
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacologie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / JULES CLOQUET.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. / ANDRAL, *Examinateur.*
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON, *Examinateur.*
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	LEROUX. / FOUQUIER. / BOUILLAUD, *Président.* / CHOMEL.
Clinique chirurgicale	BOYER, *Examinateur.* / DUBOIS. / DUPUYTREN. / ROUX.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Baudelocque.	Gerdy, *Examinateur.*
Bayle.	Gibert, *Examinateur.*
Blandin.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry.
Cottereau.	Rochoux.
Dance.	Sandras, *Suppléant.*
Devergie.	Trousseau.
Dubled.	Velpeau.
Dubois.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle nentend leur donner aucune approbation ni improbation.

AUX MÂNES

DE MON PÈRE.

Souvenirs et regrets éternels!

A MA MÈRE.

Témoignage de respect, d'amour et d'une reconnaissance sans bornes.

A MON FRÈRE ET A MA BELLE-SŒUR.

Gage de la plus sincère amitié.

P.-F. LEVESQUE.

DE MON FRÈRE

DE LA

PÉRITONITE PUERPÉRALE AIGUË.

Sous le nom de *péritonite* (*peritonitis*), on désigne l'inflammation de la membrane séreuse abdominale appelée *péritoine* (de περιτοναιω, composé de περι, *autour*, et de τεινω, *je tends*); la péritonite puerpérale (*puerpera*, femme en couches), à part quelques modifications qu'elle reçoit de la disposition particulière dans laquelle se trouvent les femmes après l'accouchement, reconnaît la même nature, revêt la même forme, occupe le même siége, que la péritonite ordinaire. La dénomination impropre de *fièvre puerpérale*, que lui ont donnée les anciens auteurs, et qui lui a été conservée jusque dans ces derniers temps, prouve l'obscurité qui régnait sur sa nature et son véritable siége. Tantôt elle a été regardée comme une inflammation de l'utérus, produite par la suppression des lochies (*Hippocrate*, *Paul d'Égine*, *Hoffmann*, *Bosquillon*, etc.); d'autres fois les intestins, l'épiploon, le mésentère, ont été accusés sous le nom d'inflammation de bas-ventre (*Hulme*, *Delaroche*). Prenant l'effet pour la cause, *Willis*, *Puzos*, *Doublet*, pensaient qu'elle était due à une métastase laiteuse sur les viscères abdominaux. Confondue avec quelques-unes des affections qui la compliquent quelquefois, ou qu'elle peut simuler plus ou moins dans certaines circonstances, elle a été

prise pour une fièvre adynamique par *Peu*, *Tissot*, *Alphonse Leroy*; pour une fièvre ataxique, par *Selle*, *Antoine Petit*. Cette diversité d'opinions s'explique par le peu de connaissances précises que l'on avait alors sur l'anatomie pathologique. *Chomel*, en 1728, au rapport de M. *Lemercier* de Rochefort, attira le premier l'attention des médecins sur l'inflammation du péritoine à la suite des couches. *Hunter* reconnut, en 1776, que, dans les inflammations abdominales à la suite des couches, le péritoine était fréquemment altéré. La même opinion fut adoptée par *Johnston* en 1779, et soutenue, six ans plus tard, par l'anatomiste *Walter*, dans un mémoire qu'il publia à Berlin sur les maladies du péritoine. Enfin, dernièrement, les savantes recherches de *Bichat*, *Pinel*, *Laennec*, ont prouvé jusqu'à l'évidence l'inflammation du péritoine, et ont assigné à la fièvre puerpérale le siége et le nom qui lui conviennent.

Plus fréquente que la péritonite ordinaire, la péritonite puerpérale est-elle primitive, indépendante de l'inflammation de l'utérus? ou bien est-elle consécutive à l'affection de cet organe? La première opinion paraît avoir été partagée par *Walter*, lorsqu'il a écrit : *Dicendum mihi est me nunquam inflammationem uteri, ut causam hujusce morbi, invenisse.* Les faits observés par *Hulme* et *Leake*, s'ils sont exacts, militent également en faveur de la priorité. Ces deux écrivains, qui ont fait un grand nombre d'ouvertures de cadavres à la suite de la fièvre puerpérale, ont trouvé constamment que la matrice n'était point affectée. MM. *Gasc*, *Marc*, *Gardien*, pensent qu'il en est ainsi dans la plupart des cas. M. *Broussais* affirme, au contraire, qu'il n'y a rien de si commun que de voir la péritonite succéder à la métrite, et l'irritation de la muqueuse s'étendre à la musculeuse, et de là, de proche en proche, à la membrane péritonéale. Telle est aussi l'opinion de M. *Chomel* : des autopsies dans ce genre d'affection lui ont fourni des traces évidentes d'inflammation dans l'utérus et dans le péritoine. Des faits analogues, observés par MM. *Deneux*, *Dance*, *Louis*, *Velpeau*, autorisent à penser que l'irritation de la matrice, par son voisinage et ses symptômes, doit être regardée comme une cause fréquente et

efficace de cette maladie. L'analogie vient encore à l'appui de cette opinion : on sait d'ailleurs qu'à la suite de l'opération de la taille, l'irritation qu'éprouve la vessie se communique quelquefois au péritoine, qui, d'après les remarques de M. *Richerand*, laisse, après la mort, des traces d'inflammation et une plus ou moins grande quantité de liquide purulent épanché dans l'abdomen.

Causes.

Elles sont *générales* ou *particulières.*

Causes générales. Ce sont toutes celles que reconnaissent la péritonite ordinaire et la plupart des autres inflammations aiguës. Parmi celles dont l'action paraît avoir le plus d'influence, il faut signaler le froid, l'humidité, les variations brusques dans la température, les pays froids et humides et les saisons. *De la Roche* a prouvé, par les registres de la mortalité de Genève, qu'il était toujours mort plus de femmes en couches en hiver qu'en été. Le printemps et l'automne sont regardés comme des époques favorables au développement de cette maladie ; *Doulcet* observe que la constitution humide de l'air dispose à la contracter ; *Leake* remarque qu'elle est d'autant plus commune que les vicissitudes atmosphériques sont plus rapides et plus fréquentes. Toutefois les résultats obtenus par M. *Velpeau* tendraient à attribuer à la saison froide moins d'influence sur la production de cette maladie qu'on ne lui en accorde généralement. Sur trente péritonites puerpérales qu'il a observées sur des femmes accouchées à l'hospice de Perfectionnement, dans l'espace de quatre ans, seize ont eu lieu dans les mois de mai, juin, juillet et août.

Causes particulières. Elles se tirent de l'état de la femme pendant la gestation, de l'accouchement et de ses suites. On regarde généralement comme devant prédisposer à la péritonite puerpérale une

constitution sanguine, pléthorique ; un tempérament nerveux, irritable ; une grossesse pénible, laborieuse, traversée par des maladies, des chagrins, des fatigues excessives ; une alimentation insuffisante, un état sédentaire, la malpropreté, l'habitation dans des lieux humides, malsains; la distension du péritoine occasionée par le développement du fœtus, distension qui affaiblit les forces vitales de cette membrane.

Les causes fournies par l'accouchement ont une action plus directe et plus immédiate. Ces causes sont : un travail long et pénible, qui nécessite de grands efforts, des secousses violentes et réitérées ; la compression et les frottemens qui en résultent pour les viscères abdominaux ; l'emploi de la main, l'application des instrumens, les manœuvres faites avec peu de ménagemens, les opérations, la lésion de l'utérus et de ses annexes, enfin un accouchement trop facile et trop prompt.

Ces violentes commotions, ces excessives douleurs d'un travail laborieux, ont exalté au plus haut degré la sensibilité de la femme : alors tout agit vivement sur elle ; la plus légère cause, le plus petit mouvement lui font éprouver les plus vives impressions. Cet état de susceptibilité extrême peut rendre déterminantes les causes dont l'action était faible et de peu d'influence avant l'accouchement. La péritonite puerpérale reconnaît encore pour cause, après l'accouchement, l'emploi de bandages trop serrés sur l'abdomen, dans le but de faire disparaître les rides, suites nécessaires de la grossesse ; l'application de fomentations astringentes employées dans le même but sur le ventre, la vulve, les cuisses ; les injections de même nature dans la matrice et le vagin ; la rétention du placenta, ou d'une portion du placenta, de quelques caillots de sang, des lochies dans la cavité de la matrice ; l'altération, la décomposition de ces corps, devenus étrangers à l'organisme de la femme. M. *Velpeau* pense que l'absorption des matières retenues et putréfiées dans les parois de la cavité de la matrice, et leur contact irritant sur les parties qui les avoisinent, doivent être regardés comme les causes les plus com-

munes et les plus ordinaires de la péritonite puerpérale. A ces différentes causes, il faut ajouter les écarts de régime, l'abus des liqueurs alcoholiques; l'usage intempestif des toniques, des sudorifiques; l'imprudence que commet la femme de se lever trop tôt de son lit, de s'exposer au froid, à l'humidité, de se livrer à ses exercices avant que la matrice n'ait repris sa place, sa forme et son volume ordinaires. Les affections morales tristes jouent aussi un grand rôle dans le développement de cette maladie : la colère, la terreur, la crainte, le chagrin; une nouvelle fâcheuse inattendue, annoncée avec peu de ménagement, une frayeur subite, peuvent entraîner à leur suite les plus fâcheux résultats. On a encore signalé, comme causes de cette maladie, la suppression d'un écoulement habituel, la rétropulsion d'un exanthème, d'une dartre, d'une affection rhumatismale ou goutteuse.

Enfin, parmi les causes propres à développer cette maladie, on ne doit pas oublier la respiration d'un air malsain, non renouvelé, corrompu par le rassemblement des femmes en couches dans un local trop resserré. Souvent alors la maladie se complique de fièvres de mauvais caractère, et règne d'une manière épidémique. On a observé à l'Hôtel-Dieu et à la Maternité des épidémies de ce genre, qui ont été très-meurtrières.

Symptômes.

L'invasion de cette maladie n'a pas d'époque fixe et bien déterminée; c'est ordinairement du deuxième au cinquième jour qu'elle se manifeste, c'est-à-dire à l'époque de la révolution laiteuse. Rarement elle se déclare plus tôt; quelquefois elle survient plus tard. On l'a observée le douzième, le quinzième et même le vingtième jour après l'accouchement. Dans certains cas, les signes qui l'annoncent sont obscurs et douteux, au point de la faire méconnaître. Quelquefois elle se déclare brusquement et s'accompagne des effets les plus alarmans; cependant, le plus ordinairement, sa marche est moins ra-

pide et plus régulière. Après un accouchement long et laborieux, quelquefois même facile et prompt, la femme éprouve un sentiment de malaise et d'inquiétude dont elle ne peut se rendre compte ; d'autres fois elle éprouve des horripilations vagues, des lassitudes spontanées, des douleurs contuses dans les membres ou sur les différentes parties du corps. Assez souvent, un frisson plus ou moins violent ouvre la scène ; ce frisson est général ou partiel, continu ou reparaissant par intervalles. Dans quelques cas, les extrémités sont froides, la face est pâle, la physionomie anxieuse. Ces signes précurseurs durent plus ou moins long-temps, quelquefois jusque après deux jours ; ils s'accompagnent ordinairement de chaleur incommode et de douleurs plus ou moins vives dans un point quelconque de l'abdomen. Il peut arriver que ces deux derniers symptômes se montrent seuls, qu'ils précèdent ou qu'ils suivent les autres. Quoi qu'il en soit, leur présence bien déclarée laisse peu de doute sur l'existence de la maladie. Ces douleurs abdominales, qu'il ne faut pas confondre avec les tranchées utérines qui suivent l'accouchement, peuvent occuper les différentes régions du ventre ; assez ordinairement elles naissent de l'hypogastre, où quelquefois elles restent fixes, mais d'où aussi elles peuvent se répandre aux autres parties, à l'ombilic, à l'épigastre, aux hypochondres, aux lombes, et quelquefois jusque dans la poitrine. Leur intensité varie : ordinairement elles sont vives, poignantes, déchirantes; elles semblent un fer rouge qui traverserait l'abdomen. Le plus petit mouvement, la plus légère pression font pousser des cris à la malade, qui ne peut supporter le poids des couvertures ni le plus léger topique; le décubitus dorsal est le seul possible : le ventre se tend, se météorise ; souvent il acquiert en peu de temps le volume qu'il avait sur la fin de la grossesse ; rarement, cependant, il offre cette dureté qu'on observe dans la péritonite ordinaire ; quelquefois, au contraire, il se déprime et s'affaisse. La respiration est courte, pénible, entièrement costale, parce que le malade redoute les contractions du diaphragme, dont l'abaissement excite de vives douleurs; il survient des hoquets, des nausées et des vomissemens, quelquefois si opiniâtres, que la

moindre quantité de liquide les réveille, et que la soif ne peut être satisfaite. Il y a constipation ou dévoiement; les déjections alvines, d'abord séreuses, deviennent bientôt fétides et abondantes. Ordinairement la sécrétion du lait s'arrête ou ne s'établit pas; les mamelles s'affaissent, les lochies se suppriment ou se dénaturent; le pouls est petit, serré, fréquent : c'est celui des symptômes généraux qui varie le moins dans cette maladie, lorsqu'elle est simple ; la soif est ordinairement vive, l'appétit nul; la langue n'offre rien de particulier à cette maladie; souvent l'anxiété et l'agitation sont extrêmes; tantôt le visage est rouge, animé, le regard fixe et audacieux; plus souvent la face, pâle, abattue, grippée, exprime le découragement et la douleur, et les yeux sont larmoyans, inanimés, et comme couverts d'un nuage; il existe une céphalalgie plus ou moins forte, rarement du délire, si la maladie est simple. La peau, qui dans le début de la maladie est ordinairement sèche et chaude, se recouvre plus tard d'une sueur plus ou moins abondante; tantôt la sueur est continue, chaude et inodore; d'autres fois elle cesse et reparaît par intervalles ; elle semble augmenter avec les progrès du mal; souvent alors elle est visqueuse, froide, fétide et d'un sinistre augure. Cependant il ne faut pas toujours regarder l'abondance de la sueur comme un signe fâcheux; elle accompagne quelquefois la rémission des douleurs ou de quelques symptômes graves. La peau, dans quelques cas, devient le siége d'une éruption miliaire. Les urines n'offrent rien de particulier; elles sont ordinairement rares et très-rouges, et leur émission s'accompagne de cuissons plus ou moins douloureuses.

Complication et diagnostic.

Tels sont les symptômes que revêt ordinairement la péritonite puerpérale dans son état de simplicité. Mais si elle se présente compliquée de quelque autre maladie, alors de nouveaux phénomènes apparaissent, marchent avec les premiers, que souvent ils altèrent et obscurcissent. C'est ainsi qu'une cystite ou une métrite très - aiguë peut

déterminer à l'hypogastre des douleurs assez vives pour simuler ou masquer celles qui résultent de l'inflammation du péritoine. La coexistence de la fièvre dite *inflammatoire* peut développer le pouls, en changer les caractères qui sont propres à la maladie qui nous occupe. Les fièvres adynamique, ataxique, par le cortége aussi effrayant que varié de leurs symptômes, troublent, précipitent la marche de celle-ci, pervertissent ses symptômes en ajoutant à sa gravité. On conçoit que des complications de ce genre peuvent, dans certains cas, apporter de la difficulté dans le diagnostic de la péritonite puerpérale. Il y a plus, c'est qu'elle peut être méconnue lors même qu'elle est exempte de complication, soit parce que quelques-uns de ses signes caractéristiques ne sont pas assez prononcés pour qu'on puisse les saisir au premier abord, soit parce qu'ils manquent entièrement : ainsi on l'a vue exister sans douleur ; M. *Récamier* en a cité des exemples dans ses leçons. Le pouls n'est pas un guide infaillible ; d'ailleurs M. *Broussais* a vu des péritonites sans fièvre. La tension et le météorisme, outre qu'ils n'existent pas toujours, sont quelquefois si peu prononcés, qu'on peut s'y méprendre. Il faut donc, dans certains cas, beaucoup de sagacité de la part du médecin pour découvrir la vérité. C'est ici qu'il doit apporter un jugement dégagé de toute prévention, qu'il doit analyser les symptômes observés avec la plus sévère exactitude.

Marche.

La marche de cette maladie est ordinairement rapide ; on l'a vue se terminer par la mort dans vingt-quatre heures; cependant sa durée ordinaire est depuis cinq jusqu'à douze et quinze jours. Ses différentes périodes présentent tant d'irrégularités dans leur cours, qu'il serait difficile de les isoler; souvent même elles se confondent tellement les unes dans les autres, et se succèdent avec tant de rapidité, qu'on voit la mort survenir avant qu'on ait eu le temps de les distinguer.

Terminaison.

La péritonite puerpérale peut se terminer par *résolution*, par *suppuration*, par *gangrène;* ou bien elle passe à l'*état chronique.*

Résolution. Cette terminaison, qui est la plus heureuse, est malheureusement assez rare; elle arrive ordinairement du cinquième au septième jour. On la reconnaît par la diminution progressive des douleurs et des autres symptômes; par le développement du pouls, qui devient plus souple et moins fréquent; par une transpiration douce, qui calme la malade. La sécrétion du lait se rétablit; les lochies reprennent leur cours; la malade peut bientôt se coucher indifféremment sur le dos ou sur les côtés; elle voit chaque jour son état s'améliorer : les forces reviennent, le sommeil reparaît, et le retour à la santé s'annonce progressivement par l'exercice de plus en plus régulier de toutes les fonctions.

Suppuration. Plus fréquente que la résolution, on peut la présumer lorsque, vers le huitième ou le neuvième jour, on voit diminuer la tension et les douleurs abdominales; lorsqu'à un sentiment de pesanteur dans le ventre, qui devient pâteux, se joignent des frissons irréguliers, de l'oppression, une sorte de mollesse dans le pouls, qui continue néanmoins d'être fréquent; il se manifeste vers le soir une légère sueur, qui ne répare pas la malade; les urines deviennent bourbeuses; une diarrhée abondante se déclare. La fluctuation ne laisse plus aucun doute sur la formation du pus. On a vu des abcès se former aux environs de la partie affectée. Cet état épuise la malade et l'entraîne rapidement au tombeau. Cependant on a vu la guérison avoir lieu par l'évacuation du pus au moyen de la paracentèse.

Gangrène. Elle est d'autant plus à craindre que l'inflammation est plus vive et sa marche plus rapide. Elle s'annonce par la cessation

brusque de la douleur, portée un instant auparavant au plus haut degré d'intensité. Le ventre, qui était tendu, tombe dans l'affaissement; une sueur froide et visqueuse succède à la chaleur brûlante et aride de la peau. La prostration des forces augmente, les traits s'affaissent, le pouls devient faible et intermittent; enfin il survient un léger délire, des vomissemens, des déjections alvines involontaires, qui accélèrent la perte de la malade, toujours inévitable en pareil cas.

Passage à l'état chronique. Cette terminaison arrive lorsque la maladie ne se juge pas du premier au second septénaire, et que la malade, sans entrer en convalescence, éprouve cependant de l'amélioration dans son état. Le pouls reste fébrile; il existe encore de la douleur, de la rénitence, de la chaleur; l'appétit, les forces ne reviennent pas; de temps en temps il survient des exacerbations. La face et les extrémités sont quelquefois œdématiées. Cet état se termine souvent par des diarrhées rebelles, le marasme et la mort; rarement elle guérit.

Prognostic.

Cette phlegmasie est toujours très-grave et souvent funeste, lors même qu'elle est simple, quand surtout elle n'a pas été reconnue et traitée convenablement dès son invasion. Le danger est proportionné à l'intensité des douleurs, à leur étendue, à la tension de l'abdomen et au genre de complication. Les symptômes adynamiques, ataxiques, la métrite, la gastro-entérite en font presque toujours une maladie mortelle. Le prognostic est également très-grave lorsqu'elle attaque des femmes nerveuses, pléthoriques; celles qui sont affaiblies par une grossesse pénible, un accouchement laborieux, des chagrins profonds et un mauvais régime. Les causes qui y donnent lieu influent aussi sur le danger : l'abattement extrême, la prostration complète des forces, la face grippée, décomposée; le pouls petit, fréquent, irrégulier, misérable; les hoquets, les vomissemens presque continuels; les sueurs froides, visqueuses; le froid des extrémités, le

délire, sont des symptômes qui ne laissent pas d'espoir. Si outre cela il survient des défaillances, des syncopes, la mort est imminente.

Caractères anatomiques.

Le péritoine renferme un épanchement variable de sérosité : tantôt cette sérosité est simplement jaunâtre, citrine, plus ou moins liquide; tantôt lactescente et mêlée de flocons albumineux, de couennes inflammatoires dans des proportions excessivement variables. La quantité de l'épanchement diffère suivant la durée de la maladie : il est ordinairement d'autant plus abondant que la mort est survenue à une époque plus avancée.

La membrane séreuse est d'un rouge généralement peu foncé, d'un rouge jaunâtre ou blanchâtre, tantôt dans toute son étendue, tantôt dans quelques points seulement. Ses lamelles paraissent écartées les unes des autres, et comme raréfiées par une sorte d'infiltration. Le péritoine, le tissu cellulaire sous-péritonéal et les autres tissus membraneux sont tellement imbibés de fluides altérés, qu'ils ont perdu une grande partie de leur ténacité naturelle, et que leur déchirure est extrêmement facile. Ces différens caractères sont tantôt plus, tantôt moins prononcés dans telle ou telle région de cette cavité, suivant que l'inflammation a été plus ou moins vive ; et quoiqu'on ne puisse rien préciser à cet égard, il convient de dire cependant que le péritoine du bassin de l'utérus, des trompes et des ovaires, les présente en général au plus haut degré. C'est là qu'on trouve également des concrétions albumineuses épaisses, membraneuses et très-étendues, flottant dans la cavité du péritoine ou adhérant aux intestins.

L'utérus lui-même est souvent le siége d'altérations diverses. Son volume est plus considérable qu'il ne devrait l'être; ses parois sont épaissies, molles, faciles à déchirer, d'un rouge grisâtre particulier; sa surface interne est recouverte d'une couche noirâtre, putrilagi-

neuse, comme gangrénée, d'une épaisseur variable, mais surtout plus considérable dans les points où s'insère le placenta. Les veines qui serpentent dans son épaisseur, sont souvent enflammées, remplies d'une matière concrète rougeâtre, ou contenant du pus. Ces phénomènes morbides ne se bornent pas aux veines de la matrice; on en a rencontré dans toutes les branches hypogastriques, dans les ovariques. Les trompes et les ovaires offrent quelquefois aussi des traces de désordres plus ou moins considérables.

Traitement.

Moyens prophylactiques. Ils se bornent à éviter l'influence des causes que nous avons énumérées.

Moyens préparatoires. Ils consistent à mettre la malade dans un lit propre, convenablement disposé, et de manière à ce que la chaleur y soit douce et modérée; à empêcher, au moyen de cerceaux, que les couvertures ne pèsent sur le ventre, souvent très-douloureux; à recommander le repos le plus absolu, tout mouvement du tronc ne pouvant avoir lieu sans douleurs; à prescrire le silence; à placer la malade dans un lieu vaste, aéré, ni trop chaud, ni trop froid; à procurer la tranquillité morale en évitant toute émotion un peu violente de l'âme, etc.

Moyens curatifs. La diversité d'opinions qui a si long-temps régné sur cette maladie a dû nécessairement apporter de nombreuses variations dans ses moyens thérapeutiques. Chacun traitait suivant la maladie qu'il croyait observer, ou suivant la cause qui devait l'avoir produite. Ainsi on a employé les aristolochiques contre la suppression des lochies; les anti-laiteux, contre la métastase laiteuse; les anti-spasmodiques et les opiacés, contre les phénomènes ataxiques; les toniques de toute espèce, contre les symptômes adynamiques; enfin

les vomitifs, les purgatifs, les saignées, selon que l'on croyait avoir affaire à une fièvre bilieuse, muqueuse ou inflammatoire. Aujourd'hui même qu'elle est généralement reconnue pour une inflammation aiguë du péritoine, les praticiens les plus distingués ne sont pas entièrement d'accord sur tous les points de son traitement.

Les saignées générales, préconisées par beaucoup de médecins, ont été souvent l'unique remède employé contre la péritonite puerpérale. Il est reconnu qu'elles sont très-avantageuses et même indispensables chez une femme jeune, robuste, pléthorique, dont le pouls est dur, accéléré, la peau rouge, turgescente, la chaleur élevée et les douleurs très-vives. La petitesse et la concentration du pouls, chez un sujet vigoureusement constitué, ne sont pas toujours une contre-indication à la phlébotomie, puisqu'on voit tous les jours une saignée rappeler l'action du cœur, enchaînée par la violence de la douleur. Hors ces cas, la saignée générale n'est plus indiquée; elle peut même devenir nuisible, pour peu que la femme soit faible, cacochyme, ou déjà épuisée par une abondante évacuation de sang après l'accouchement, ou par une maladie antécédente. L'emploi de la saignée générale est donc subordonné à la constitution de la malade, à son âge et à l'intensité de la maladie.

Les saignées locales par les sangsues sont plus efficaces, parce qu'elles affaiblissent moins que les précédentes, que leur action est plus directe, qu'elles sont à la fois spoliatives et dérivantes, et qu'on peut en user sur la plupart des individus. En général, le succès des sangsues est d'autant plus certain qu'on saisit le mal à son origine. Beaucoup de médecins pensent que, passé la première période, elles sont plus nuisibles qu'utiles. Il faut donc agir énergiquement dès le début de la maladie. La quantité de sang à tirer ne saurait être établie sur des règles invariables; le médecin, en ce cas, doit avoir égard à l'état des forces de la malade, à son âge, aux circonstances des couches, à la violence de la congestion sanguine. Une saignée de quatorze à seize onces, suivie de l'application de trente ou qua-

rante sangsues ne nous paraît pas devoir produire une évacuation trop abondante pour triompher d'une péritonite aiguë, chez une femme replète, sanguine, et qui n'a perdu que peu de sang après l'accouchement. Si cette première évacuation n'a pas produit l'effet désiré, n'a que faiblement diminué l'intensité de la douleur, la fréquence du pouls ainsi que les autres symptômes, après quelques heures, on doit, sans hésiter, recourir à une nouvelle application de sangsues, dont on proportionne le nombre à l'état et aux forces de la malade. Si la péritonite est générale, les sangsues doivent être promenées sur toute l'étendue de l'abdomen; si elle est locale, on les appliquera sur le point douloureux. Cette règle peut souffrir quelques exceptions : ainsi, par exemple, si, après la suppression brusque des lochies, arrivée à l'occasion du froid ou de toute autre cause, les prodromes de la maladie se manifestaient, il faudrait de suite appliquer des sangsues à la partie supérieure des cuisses ou aux parties externes de la génération, pour rappeler cet écoulement. Quand l'inflammation, enlevée sur un point, reparaît sur un autre, il faut l'y poursuivre et la combattre autant de fois qu'elle renaîtra.

Mais si les évacuations sanguines sont efficaces au début de la maladie, il est une époque où elles cessent de convenir. On aura une suffisante raison de croire que les saignées ne sont plus praticables quand, appelé auprès d'une malade, on observera le ventre tendu, ballonné, les intestins remplis de gaz, une disposition marquée à la faiblesse; le pouls petit, concentré; l'altération des traits de la face, la couleur jaune ou terreuse de la peau du visage; les saignées pratiquées après le développement de ces symptômes ne feraient que hâter la perte de la malade, quelle que fût d'ailleurs l'époque de la maladie.

On secondera l'effet de cette première indication par des topiques émolliens. Les cataplasmes, à cause de leur poids, sont difficiles et souvent impossibles à supporter; on les remplacera par des fomen-

tations émollientes tièdes : on choisit de préférence une décoction de guimauve ou de graine de lin, à laquelle on peut ajouter quelques têtes de pavots ou quelques gouttes de laudanum, surtout lorsque, les émissions sanguines ayant échoué, les douleurs continuent.

Les bains généraux peuvent encore procurer des effets très-avantageux ; mais leur application exige des précautions, tant à cause des douleurs que déterminent les mouvemens qu'on imprime à la malade en la transportant dans la baignoire, que des accidens graves qui peuvent résulter de l'action de l'air froid, principalement au sortir du bain. Pour éviter ces inconvéniens, le professeur *Chaussier*, à la Maternité, faisait parvenir sous les couvertures, préalablement soulevées à l'aide d'un cerceau, de la vapeur d'eau au moyen d'un tube en fer-blanc.

La diète la plus rigoureuse doit être observée. La malade fera usage de boissons adoucissantes, rafraîchissantes, froides en été, et tièdes en hiver.

Des quarts de lavement émollient lui seront administrés pour remédier aux tourmens de la constipation. Si les lavemens échouent, on pourra avoir recours à de doux minoratifs, tels qu'un mélange à parties égales de sirop de fleurs de pêcher et d'huile d'amandes douces, à la dose de deux onces, pris de demi-heure en demi-heure par cuillerée à bouche. S'il existe une diarrhée abondante, il faut se garder de lui opposer les astringens. On peut retirer de bons effets de l'application de dix ou douze sangsues à l'anus. On fera prendre à l'intérieur l'eau de riz, la décoction blanche. Les lavemens d'amidon produisent aussi de bons effets, lorsque surtout on y ajoute des têtes de pavots ou quelques gouttes de laudanum. Si quelques symptômes nerveux se manifestent, on les combattra par de doux calmans.

Cette méthode simple et rationnelle semblerait devoir obtenir, dans la cure de cette phlegmasie, le même succès que dans la plupart des

autres inflammations aiguës. Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi, et l'expérience de chaque jour démontre qu'elle est souvent impuissante contre cette terrible maladie. Les professeurs *Chaussier* et *Laennec* employaient les frictions mercurielles conjointement avec les saignées, et en obtenaient de grands avantages. De nombreuses expériences, renouvelées depuis, accordent à cette médication des succès incontestables. C'est donc un moyen qu'il ne faut pas négliger. On emploie deux gros d'onguent mercuriel pour chaque friction, que l'on renouvelle, de trois en trois heures, sur les cuisses ou sur l'abdomen, et l'on continue jusqu'à ce que la salivation commence.

Enfin si, après avoir combattu efficacement les principaux symptômes de la maladie, on observe que la convalescence tarde à s'établir, il ne sera peut-être pas inutile de provoquer la sécrétion du lait par la succion des mamelles; on cherchera aussi à rappeler l'écoulement des lochies par des pédiluves chauds, par des vapeurs émollientes, qu'on dirigera vers les parties, ou mieux encore par l'application de quelques sangsues à la vulve ou à la partie supérieure des cuisses.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Lassitudines sponte obortæ morbos denuntiant. *Sect.* 2, *aph.* 5.

II.

Ad extremos morbos, extrema remedia exquisitè optima. *Sect.* 1, *aph.* 6.

III.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Ibid.*, *aph.* 8.

IV.

In morbis acutis extremarum partium frigus, malum. *Sect.* 7, *aph.* 1.

V.

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. *Sect.* 2, *aph.* 22.

VI.

Ubi somnus delirium sedat, bonum. *Ibid.*, *aph.* 2.